

기록상 정보 변경을 위한 고객/제공자 요청서
(필요 서류 없음)



MAP-751k (K) 03/15/2021
Replaces MAP-751, MAP-751a, and MAP-3069b

케이스 이름: _____
케이스 번호: _____ CIN: _____
변경 목적: _____

A. 다음 정보를 정정/추가하십시오(해당 사항에 모두 체크).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 이름 변경 변경 전: _____ 변경 후: _____ | <input type="checkbox"/> 소셜시큐리티번호(SSN) 추가/정정 변경 전: _____ 변경 후: _____ |
| <input type="checkbox"/> 생년월일 정정 변경 전: _____ 변경 후: _____ | <input type="checkbox"/> 전화번호 추가/변경 변경 전: _____ 변경 후: _____ |
| <input type="checkbox"/> 성별 정보 정정 변경 전: _____ 변경 후: _____ | |
| <input type="checkbox"/> 거주 주소 변경 변경 전: _____ 변경 후: _____ | |
| <input type="checkbox"/> 우편 주소 변경 변경 전: _____ 변경 후: _____ | |
| <input type="checkbox"/> 보조 우편 주소 추가/변경 변경 전: _____ 변경 후: _____ | |

다음 정보를 정정/추가하십시오(해당 사항에 모두 체크).

듣고 말할 수 있는 언어:

듣고 말할 수 있는 언어: 변경 전: _____ 변경 후: _____

읽을 수 있는 언어

서면 통지는 다음 언어로 제공됩니다.

- 영어
- 스페인어
- 아랍어
- 벵골어
- 프랑스어
- 아이티 프랑스어
- 한국어
- 폴란드어
- 러시아어
- 중국어 간체
- 중국어 번체
- 우르두어

통지서를 받을 시 어떤 언어로 된 통지서를 받으시길 원하시는 지 말씀해 주십시오.

읽을 수 있는 언어 변경 전: _____ 변경 후: _____

대안 형식/시각 장애

시각 장애가 있어 통지서를 읽으실 수 없습니까? 당국은 귀하에게 다음의 대안 형식으로 통지 내용을 알려드릴 수 있습니다. 어떤 방식으로 통지서를 받기를 원하시는 지 말씀해 주십시오.

큰 글자 오디오 CD 데이터 CD 점자

B. PROVIDER INFORMATION (TO BE COMPLETED BY PROVIDERS ONLY)

Note: This section is not to be used for Home Care Services Program Providers submissions.

Provider Name: _____

Provider Address: _____

Provider Code: _____ Original Determination Date: _____

Admission Date: _____ Admission Number: _____ Discharge Date: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

| | | |
|---------|----|----|
| 이름(정자체) | 서명 | 날짜 |
|---------|----|----|

의학적 또는 정신적 건강 질환이나 장애가 있으십니까? 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 이 상태로 인해 HRA 에서 다른 서비스를 받을 수 없습니까? **저희가 도와드리겠습니다. 888-692-6116** 번으로 연락해 주십시오. HRA 사무소를 방문할 때 도움을 요청하셔도 됩니다. 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.